

Потребности пациента в нормальном дыхании и адекватном питании.

Работу выполнила
студентка 21 группы
Абдуллаева Аминат

Потребности пациента в нормальном дыхании

I этап. Сестринское обследование

◎ 1. Частота дыхательных движений (ЧДД)

ЧДД у взрослого человека в покое составляет 16-20 в минуту, причем у женщин она на 2-4 дыхания больше, чем у мужчин. В положении лежа число обычно уменьшается (до 14-16 в минуту), а в вертикальном положении увеличивается (18-20 в минуту). У тренированных людей и спортсменов

◎ 2.Ритм

В норме дыхательные движения ритмичны,
может быть аритмия

◎ 3.Глубина дыхания

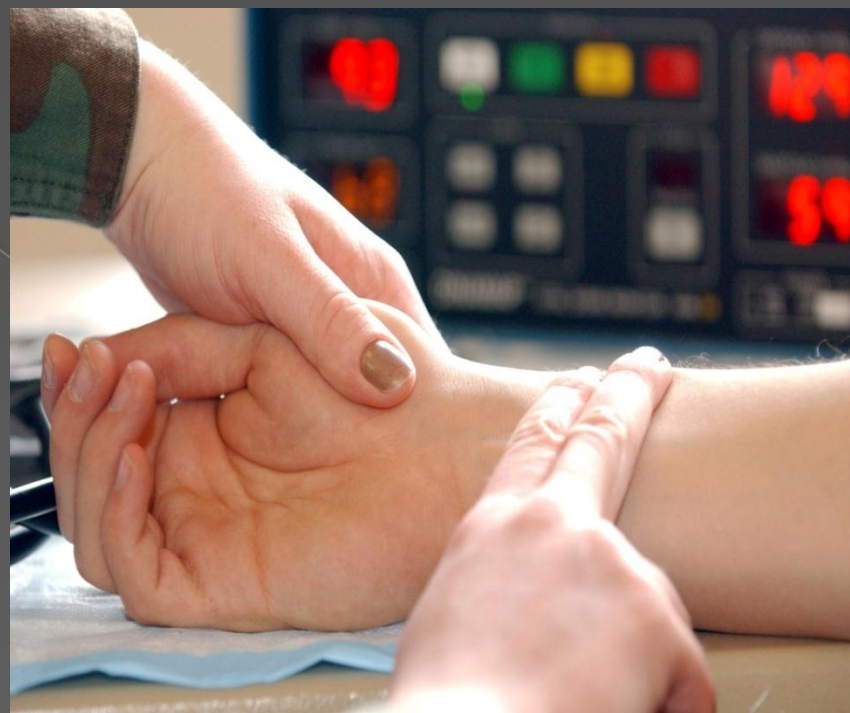
Поверхностное дыхание обычно наблюдается в покое, а при физическом или эмоциональном напряжении оно более глубокое.

◎ 4.Тип дыхания

В зависимости от преимущественного участия в дыхательных движениях грудной клетки или живота

Наблюдение за дыханием следует проводить незаметно для больного, так как он может произвольно изменить частоту, глубину и ритм дыхания.

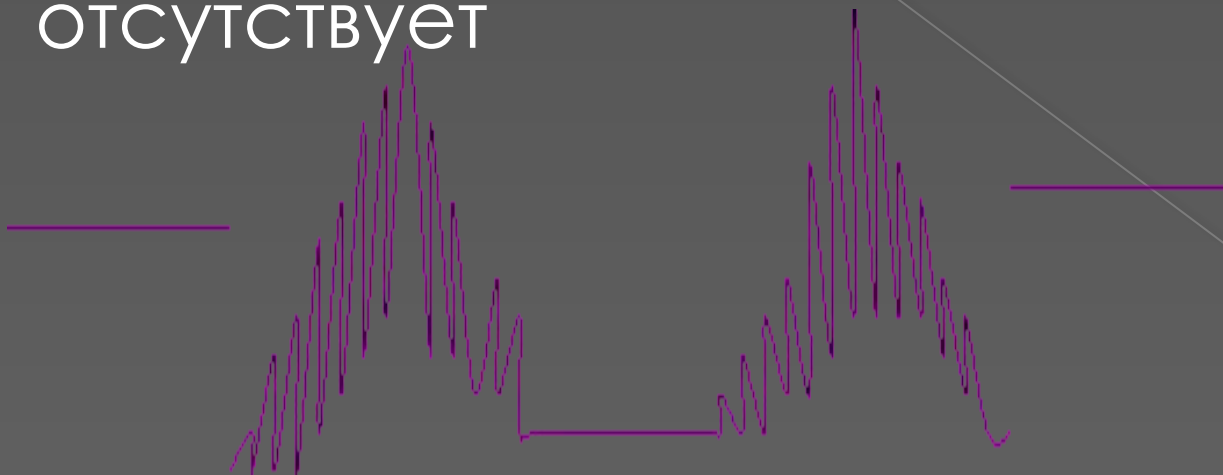
Чтобы определить частоту дыхательных движений, нужно взять больного за руку так, как для исследования пульса на лучевой артерии, чтобы отвлечь внимание больного, а другую руку положить на грудь (при грудном типе дыхания) или на эпигастральную область (при брюшном типе дыхания). Подсчитывают только число вдохов за минуту. Данные записывают в температурный лист (графа «Дыхание»).



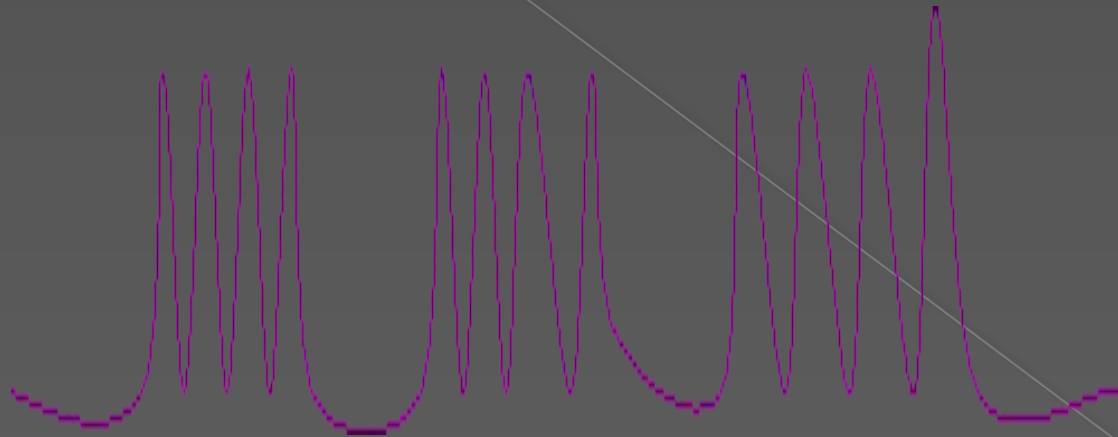
5. Патологические типы нарушения ритма и глубины дыхания чаще наблюдается при заболеваниях головного мозга и его оболочек (кровоизлияние в мозг, опухоль мозга, менингит и др.), а также при тяжелых интоксикациях (уремическая, диабетическая комы).

Выделяют следующие типы:

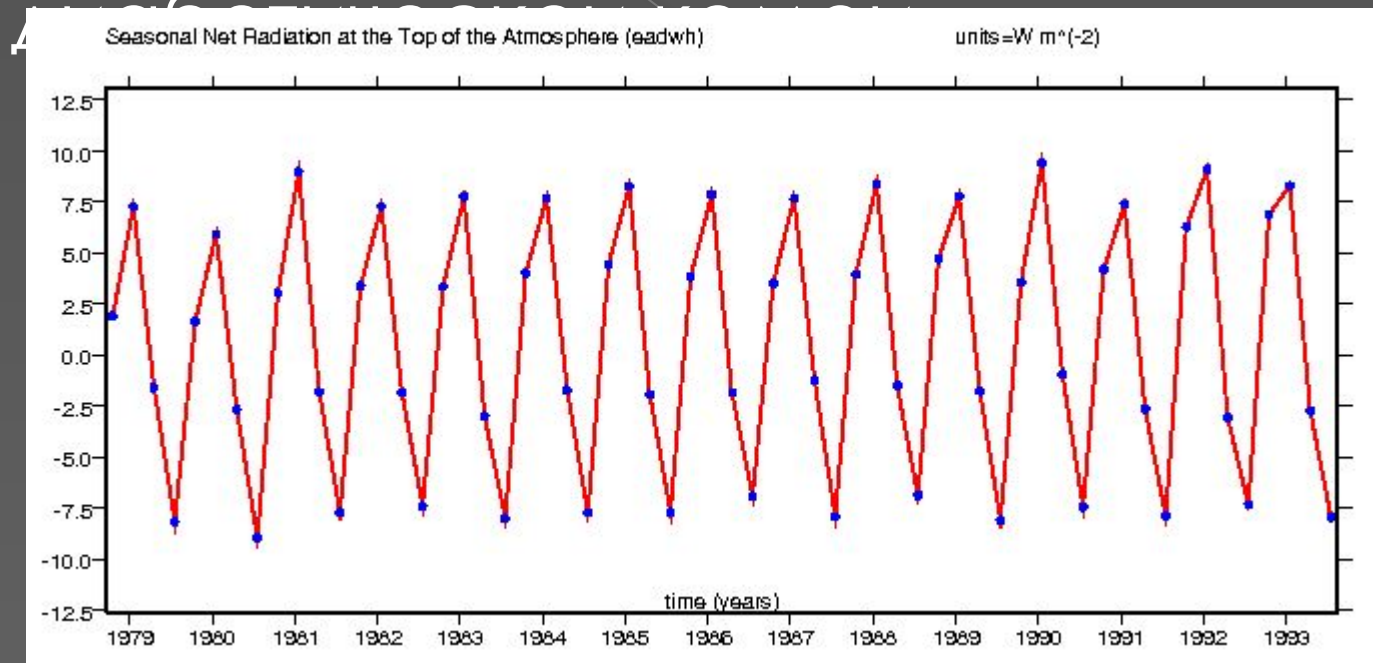
- 1) Дыхание Чейна-Стокса- постепенно нарастает, а затем уменьшается глубина дыхания, после чего наступает пауза продолжительностью от нескольких секунд до 1 мин, во время которой дыхание полностью отсутствует



- 2) Биотовское дыхание - появляются продолжительные паузы (до 1 мин) на фоне равномерного по глубине дыхания



3) Дыхание Куссмауля (большое дыхание) - равномерные редкие дыхательные циклы, глубокий шумный вдох и усиленный выдох - обычно наблюдается у больных с



- **6.Одышка** - это субъективное ощущение затруднения дыхания, обычно сопровождающееся неприятным ощущением нехватки воздуха. Объективными признаками одышки является изменение частоты, глубины и ритмы дыхательных движений, а также продолжительности вдоха или выдоха.



Бывает:

1. Физиологической (например, после выполнения здоровым человеком большой физической работы)

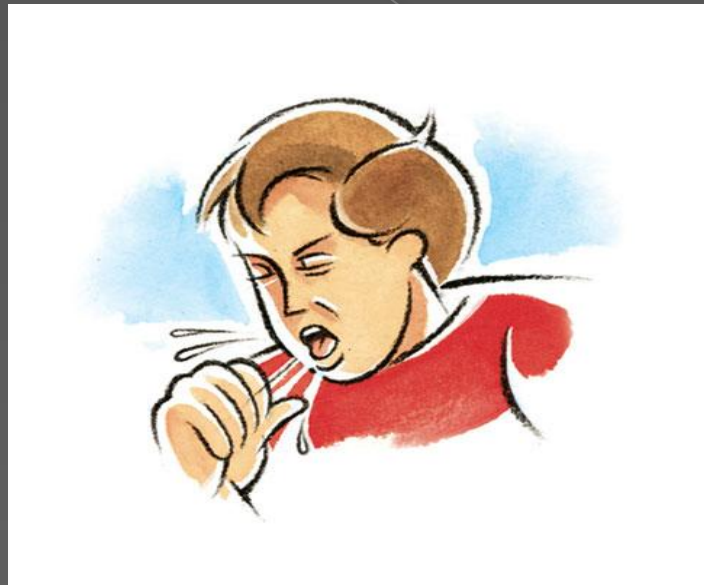
2. Патологической (при заболеваниях легких, сердца, головного мозга, крови и др.)

Нередко у больных можно наблюдать отчетливые затруднения либо вдоха, либо

- **7.Удушье**-резкая одышка с глубоким вдохом и выдохом, учащением дыхательных движений и мучительными ощущением стеснения в груди и нехватки воздуха.

Внезапно развивающиеся приступы удушья носят название астмы.

- **8.Кашель**-это сложный защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты или инородных тел.Кашлевой толчок является форсированием звучным выдохом.



Может быть:

- Сухим, без выделения мокроты
- Влажный, с выделением мокроты различных количества и качества

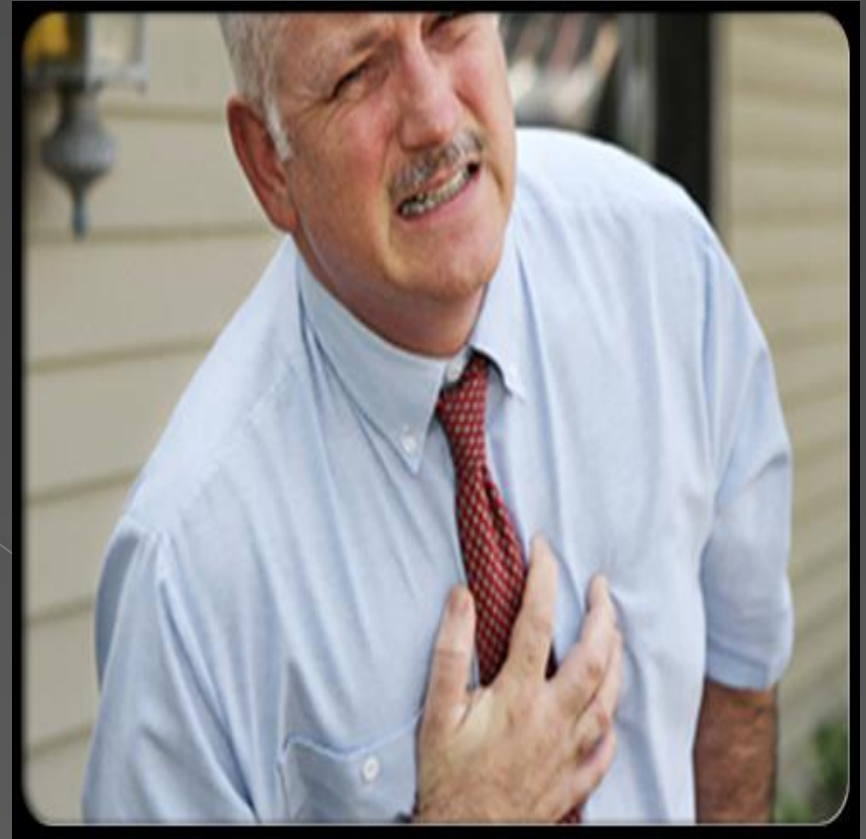
При оценке кашля определить цвет мокроты(бесцветная, желто-зеленая, с кровью), консистенцию мокроты(густая, жидкая, пенистая), запах(без запаха, гнилостная, зловонная).



- **9.Кровохарканье**- выделение крови или мокроты с кровью во время кашля. Это один из наиболее грозных симптомов поражения органов дыхания, свидетельствующий о повреждении целостности слизистой оболочки гортани, трахеи или бронхов, распаде легочной ткани или ее выраженной гиперемии (полнокровие). Чаще всего при заболеваниях легких, сопровождающихся кровохарканьем, в мокроте обнаруживают небольшое количество крови в виде отдельных

- **10. Боли в грудной клетке** возникают обычно при вовлечении в патологический процесс листков плевры. Они появляются или усиливаются на высоте глубокого вдоха, в момент максимального трения листков плевры друг о друга, а также при кашле.

При оценке боли определить локализацию боли, интенсивность и характер боли, причину усиления и исчезновения. О боли могут говорить вербальные появления (стоны, плачь, кричи) или невербальные (grimаса лица, сморщенные брови, позы, неподвижность).



- 11. Курение (сколько курит и то сколько сигарет в день).



- 12. Требуется ли кислород
- 13. Положение пациента в постели
Положение Фаулера-полулежа
- 14. Цвет кожных покровов
Цианоз- синюшность
- 15. Адекватный уход за полостью рта

◎ 16. Определить температуру тела

Норма 36,6-37,0°C

Выше 37°C - лихорадка

Меньше 36,6°C - слабость, вялость,
снижение иммунитета

◎ 17. Пульс

Норма 60-80 ударов в минуту

Больше 80 - тахикардия (учащение
пульса)

Меньше 60 - брадикардия (урежение
пульса)

◎ 18. Артериальное дыхание (АД)

Норма 100/60-140/90 мм рт.ст.

○ 19. Острая дыхательная недостаточность (ОДН)

Симптомы:

- Тахипноэ- учащение дыхания
- Тахиаритмия- частое аритмичное
- Тахикардия
- Гипертания
- Цианоз
- Многословие
- Возбуждение
- Эйфория

Если симптомы наоборот, то возникают

◎ II этап. Выявление проблем

1. Не знает, не умеет и не желает или не может занимать положение облегчающее одышку или боль
2. Пациент и родственники не знают принципы самопомощи при удушье
3. Страх смерти от удушья
4. Снижение физической активности из-за удушья

◎ III этап. Планирование ухода

Цели:

1. Пациент будет знать, сможет занимать положение облегчающее одышку или боль
2. У пациента сохранится физическая активность необходимая для самоухода
3. Пациент и родственники будут знать принципы самопомощи при приступе бронхиальной астмы
4. Пациенту будет оказана адекватная помощь, страха смерти от удушья не

Вмешательства:

1. Астма любого происхождения (бронхиальная и сердечная) требует проведения экстренных лечебных мероприятий, поэтому о появлении у больного удушья необходимо немедленно сообщить врачу. Кроме того, следует освободить грудь больного от одежды, придать ему полу-сидячее положение, используя приспособления функциональной кровати, подголовник или несколько подушек, обеспечить максимальный приток свежего воздуха или начать

- Проводить процедуру стоя или сидя
- Вымыть руки, взять упаковку, прочесть название, посмотреть срок годности
- Снять с баллончика защитный колпачок, повернув баллончик вверх дном
- Хорошо встряхнуть баллончик с аэрозолем
- Сделать глубокий выдох
- Баллончик с аэрозолем взять в руку так, как показано и охватить губами мундштук
- Сделать глубокий вдох и



- При влажном кашле с выделением большого количества мокроты больному следует придать такое положение, при котором мокрота отделяется лучше (дренаж положением), электровибрационный массаж, классический массаж, лечебная физкультура, дыхательная гимнастика (выдох через плотно сжатые губы), обучить технике кашля: делать медленный глубокий вдох, задержать дыхание на 2 секунды и откашляться. В некоторых случаях отхаркивающие средства (мукалтин,

Для дезинфекции мокроты больному подают плевательницу, на $\frac{1}{4}$ объема заполненную 3% раствором хлорамина или 2% раствором перманганата калия. Мокроту больных спускают в канализационную сеть, а в туберкулезных больницах сжигают в специальных печах. Карманную плевательницу следует опорожнять ежедневно, промывать горячей водой и кипятить в 2% растворе натрия гидрокарбоната в течение 30 мин.



- Сухой и болезненный кашель при острых респираторных заболеваниях подавляют ингаляциями раствора натрия гидрокарбоната, горячего пара, горячим питьем. Как отвлекающие средства при кашле широко применяются банки, горчичники, ножные горчичные ванны и др.
- При внезапном появлении у больного кровохарканья или легочного кровотечения следует усадить и успокоить больного, дать ему лоток для откашливания мокроты и немедленно пригласит врача. Даже после того, как кровотечение прекратится, больной должен соблюдать строгий постельный режим и находиться в положении полусидя. Кормить больного следует небольшими порциями легкоусвояемой полужидкой холодной пищи, богатой витаминами. Рекомендуется холодное питье; острая пища и приправы запрещаются. Категорически запрещается постановка горчичников и банок.

- О появлении у больного болей в грудной клетке медсестра должна сообщить врачу. Больного необходимо успокоить и помочь занять наиболее удобное положение. Дышать больной должен поверхностно (этим тоже уменьшается трение листков плевры). При сильных болях целесообразно применение по назначению врача противокашлевых средств, отвлекающий процедур (горчичники и т.п.) и даже обезболивающих препаратов- анальгетиков
- Беседа о вреде курения и литература, обучить методике снижения числа выкуриваемых сигарет.

У этап. Оценка и коррекция результатов ухода

Оценка текущая проводится ежедневно.

Итоговая оценка- должны посмотреть уменьшился цианоз, одышка, повторилось ли удушье.

Потребности пациента в адекватном питании

I этап. Сестринское обследование

- Спросить возраст
- Измерить рост
- Взвесить массу тела

Больше 10% от идеальной- это избыточный вес

Более 20%- ожирение

Меньше 10%-недостаточный вес

Меньше 20%- анорексия(истощение)

20- недостаточный вес

● Идеальный

вес – это

фактически

условное

понятие,

характерное для



II этап. Выявление проблем, интерпритация данных

- Несоблюдение диеты
- Не может принимать пищу или опорожняться
- Избыточный вес или нехватка
- Не желание принимать пищу
- Не знает как пользоваться мочеприемником, судном
- Страх пред недержанием
- Боли при заболеваниях желудка чаще локализуются в эпигастральной области и обусловлены спазмом

- **Изжога**-ощущение жжения за грудиной и в верхней части эпигастральной области, возникающее в результате заброса кислого желудочного содержимого в пищевод.
- **Отрыжка** обусловлена периодически возникающим сокращением гладкой мускулатуры желудка и внезапным поступлением в полость рта воздуха, газа, а иногда и небольшой порции желудочного содержимого (срыгивание). Чаще всего отрыжка возникает при повышенном газообразовании в желудке вследствие усиленного брожения или гниения пищи при замедлении ее эвакуации из желудка.
- **Нарушение аппетита**, например понижение его вплоть до полной потери (анорексия), нередко наблюдается при остром гастрите, хроническом гастрите с пониженной секрецией, раке желудка и т.д. повышение аппетита встречается при неосложненной язвенной болезни и других заболеваниях.

- **Рвота**-это непроизвольное выбрасывание содержимого желудка наружу через рот (иногда через нос). Рвоте могут предшествовать тошнота и слюнотечение. Обычно рвота желудочного происхождения приносит больному облегчение. После рвоты наступает



III этап. Планирование ухода

Цели:

- Будет соблюдать диету
- Будет принимать пищу с помощью медсестры
- Будет обеспечен разнообразными блюдами
- Не будет трудностей с использованием мочеприемником, судном в результате чего сможет не ограничивать потребление жидкости
- Не будет испытывать дискомфорта в связи с физиологическими отправлениями
- Страх перед недержанием калом и мочи уменьшится
- Будет получать 2 л жидкости. Чтобы не было обезвоживания
- Пациент будет получать в сутки 120г белка и 500 или 1000мл витамина С для профилактики

Вмешательства:

- Обучить пациента соблюдать диету
- Боли при заболеваниях желудка могут купироваться самостоятельно или проходят после приема лекарственных препаратов, обладающих спазмолитическим свойством, а также после применение тепла (грелки), приводящего к расслаблению гладкой мускулатуры желудка.

Запомните!

1. О возникновении у больного болей в

- Помощь больному при рвоте:
 1. Усадите больного (если позволяет его состояние) и наденьте на него клеенчатый фартук
 2. Подставьте к ногам таз или ведро
 3. Придерживайте при рвоте голову больного, положив ему ладонь на лоб
 4. После рвоты дайте больному прополоскать рот водой и вытрите ему лицо полотенцем
 5. Оставьте рвотные массы в тазу до прихода врача

✓ этап. Оценка и коррекция результатов ухода

Текущая оценка проводится медсестрой ежедневно (сухость кожи, стул, диурез, количество пищи и выпитой жидкости (водный баланс), измерение веса 1 раз в неделю.

Итоговая- достигли ли вы цели.

